

申込日: 年 月 日

隈病院 地域医療連携室行

FAX:078-371-6819

8:30~16:30

TEL:078-371-3741

時間外の申込みは翌営業日にお返事いたします
休診日:日曜日、祝日、第2土曜日

貴院名:

郵便番号:

TEL:

FAX:

医師名:

ご担当者名:

● 太枠内をご記入の上、本票と紹介状を隈病院までFAXしてください。

フリガナ													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
患者氏名	姓	名										男	女				
旧姓	←カルテ二重登録防止確認のため、ご記入ください。																
生年月日	西暦	大正	昭和	平成			年			月			日			歳	
電話番号	自宅		— —														
	携帯など日中の連絡先		— —														
患者状況	<input type="checkbox"/> 当院初診時入院中		<input type="checkbox"/> 独歩		<input type="checkbox"/> 車いす		<input type="checkbox"/> ストレッチャー										
診療科	<input type="checkbox"/> 甲状腺		<input type="checkbox"/> 副甲状腺		<input type="checkbox"/> 乳腺		<input type="checkbox"/> その他										
希望医師	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり →		医師												
受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望日なし		ご都合の悪い日														
	第1希望		月	日	第2希望		月	日									
備考欄																	

* 受診希望日に希望医師の診察がない場合、別日で調整いたします。当院のホームページに掲載しております外来診察担当予定表をご参照ください。

* 土曜日の予約はおとりできません。

* 確定した予約日時を変更、キャンセルする場合
紹介元医療機関より当院までご連絡ください。

* 紹介状は貴院様式をご利用ください。

* 予約受付完了後、地域連携ご担当の部署へ
「紹介患者予約票」「問診票」「診療申込書」を
FAX いたしますので患者様にお渡しください。

* 当院に受診歴がある方は本申込書での予約は
とれません。ご自身で再診予約をお取りください。

再診予約専用電話番号 : 078-371-0489

オヨヤク